



旺旺友聯產物保險股份有限公司

Union Insurance Co., Ltd.

總公司：台北市忠孝東路四段 219 號 12F TEL：(02)2776-5567 FAX：(02)2741-5403

有關本公司公開資訊，請見本公司網址：www.wunion.com 免費申訴電話：0800-024-024

本保險商品為非保證續保之保險商品。

本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。

投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。查閱本公司資訊公開說明文件，請上本公司網址，或至本公司索取。 113.04.01(113)旺總精算字第 0001 號函備查

旺旺友聯產物新旅行綜合保險(海外型)要保書

| | | | | | |
|--|---|--------------------|---|---------|---|
| 保單號碼 | 12 - NTA | | 旅遊地區 | | |
| 保險期間 | 自民國 年 月 日 時起至民國 年 月 日 時止，共計 天 | | <input type="checkbox"/> 英文投保證明(檢附英文姓名、護照號碼) | | |
| 航班資訊 | 出發航班 | 轉接班機 | 回程航班 | | |
| 要保人 | 姓名(單位名稱) | 身分證統一編號或護照號碼(統一編號) | 性別 | 出生年月日 | 代表人(負責人) |
| | 聯絡地址(住所) | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 |
| | 聯絡電話 | | 國籍 | | <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他 |
| 保單型式 | <input type="checkbox"/> 紙本保單 <input type="checkbox"/> 電子保單(E-mail)： | | | | |
| 被保險人 | 姓名 | 身分證統一編號或護照號碼 | 性別 | 出生年月日 | 合計人數：共 人，或另附名冊 <input type="checkbox"/> |
| | 聯絡地址(住所) | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | |
| | 聯絡電話 | | 國籍 | | 就本次旅行，被保險人是否已投保其他旅行平安保險： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；公司名稱： 投保金額： |
| ※被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；如勾選是者，請提供相關證明文件。 ※被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | |
| 身故受益人 | <input type="checkbox"/> 法定繼承人(其順位及保險金比例適用民法繼承篇相關規定) 或 <input type="checkbox"/> 指定受益人 ※分配方式： <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位(請註明順序) | | | | |
| | 受益人姓名 | 身分證統一編號或護照號碼 | 國籍 | 與被保險人關係 | <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他(檢附受益人同意書) |
| | 聯絡地址 | | | 聯絡電話 | |

| | | | | |
|----------------------------------|------------|--|---|--|
| 承保項目 | 保險金額(新台幣元) | 限滿 15 歲以上者投保適用 | 意外身故或失能保險金 | 萬元 |
| | | 限未滿 15 歲者投保適用 | 意外喪葬費用保險金 | 69 萬元 |
| | | 旅行傷害醫療保險金 | 意外失能保險金 | 萬元 |
| | | <input type="checkbox"/> 海外型(G 型、G2 型) | <input type="checkbox"/> 0 萬 <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 150 萬(限申根型) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 申根型(G2 型) <input type="checkbox"/> 健康 G 型(8P) |
| ◎個人海外旅行不便保險 | | <input checked="" type="checkbox"/> 詳如下列 | <input checked="" type="checkbox"/> 詳如下列 | 無 |
| ◎海外旅程費用補償保險 | | <input checked="" type="checkbox"/> 詳如下列 | <input checked="" type="checkbox"/> 詳如下列 | 無 |
| ◎海外突發疾病醫療保險(不含法定傳染病) | | <input checked="" type="checkbox"/> 詳如下列 | <input checked="" type="checkbox"/> 詳如下列 | <input checked="" type="checkbox"/> 詳如下列 |
| ◎旅行傷害慰問金補償保險：旅行傷害住院慰問金/旅行傷害身故慰問金 | | 5,000 元 / 10,000 元 | | |
| ◎重大燒燙傷保險 / ◎第三人責任保險(自負額：無) | | 意外身故或失能保險金之 25% / 意外身故或失能保險金之 10% | | |
| ◎食品中毒慰問金保險 | | 3,000 元 | | |

※海外突發疾病醫療保險(不含法定傳染病)：海外型、健康型一同旅行傷害醫療保險金；申根型-150 萬
 1. 海外突發疾病住院醫療保險金：同旅行傷害醫療保險金
 2. 海外突發疾病門診醫療保險金：「海外突發疾病醫療保險金」乘上 1% 之所得金額
 3. 海外突發疾病急診醫療保險金：「海外突發疾病醫療保險金」乘上 5% 之所得金額

| | | | | |
|--------|--|-----------------|---|------------|
| 保費 | <input type="checkbox"/> 基本型：限意外身故或失能保險金未達 300 萬元投保(海外 G 型 8N) | | <input type="checkbox"/> 尊爵型：限意外身故或失能保險金達(含)300 萬元投保(海外 G2 型 8Q/申根 G2 型 8R) | |
| | 個人海外旅行不便保險 | 海外旅程費用補償保險 | 個人海外旅行不便保險 | 海外旅程費用補償保險 |
| 障 | 旅程取消保險 | 30,000 元 | 班機改降保險 | 3,000 元 |
| | 班機延誤保險 | 3,000 元/6,000 元 | 班機延誤保險 | 200,000 元 |
| | 旅程更改保險 | 10,000 元 | 班機劫持慰撫金保險 | 20,000 元 |
| | 行李延誤保險 | 3,000 元 | 旅行期間居家竊盜保險 | 50,000 元 |
| | 行李損失保險 | 3,000 元 | 現金竊盜損失保險 | 3,000 元 |
| | 旅行文件損失保險 | 3,000 元 | 信用卡盜用損失保險 | 50,000 元 |
| 繳費別：躉繳 | 保險費合計新台幣： | | 元 | |

| | | |
|--|---|--------|
| 【(被)保險人聲明事項】 | 【注意事項】 | 承保收件欄 |
| 1. 本人(被保險人)同意旺旺友聯產物保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。 2. 本人(被保險人、要保人)同意旺旺友聯產物保險公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。 3. 本人已審閱並瞭解貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。 4. 本人(被保險人、要保人)同意旺旺友聯產物保險公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。 5. 本人(被保險人、要保人)已知悉並瞭解實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須具備醫療費用收據正本，但當被保險人已投保旺旺友聯產物保險公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而旺友聯產物保險公司仍承保者，旺友聯產物保險公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負擔給付責任，如有重複投保而未通知旺友聯產物保險公司者，同意旺友聯產物保險公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付之部份不負給付責任。 | 1. 本要保書內所除事項均屬事實，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得依保險法第六十條規定解除保險契約。 2. 本要保書由要保人及被保險人親自簽署。 3. 投保本公司新旅行綜合保險(海外型)者附加「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」，對於任何直接或間接因恐怖主義行為所致被保險人死亡或失能，其給付額度最高以新台幣一百萬元為限。 4. 身故保險金受益人如係身分別之指定及如有受益人不同應填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。 5. 健康保險契約之被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將逕選未到期保險費歸還保人。 6. 本人已審閱並知悉貴公司所提供與說明有關本保險商品重要內容與風險之投保須知。 | 收件通報編號 |

本人(要保人、被保險人)於填寫要保書時，對於旺旺友聯產物保險公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」及「投保人須知」等前項資料已審閱並充分了解其內容。...是，已審閱並充分了解前述文件內容，並同意遵守之。

要保人簽名： 法定代理人簽名： 公司名稱： 電傳人： 收件通報編號

被保險人簽名： 申請日期： 年 月 日 時 電 話： 傳 真：

| | | | | |
|---------------|-----|----------|---------|-------|
| 旺旺友聯產物保險公司填寫欄 | | 招攬單位填寫欄 | | 保經代簽章 |
| 核保 | 輸入 | 業務員簽名 | 業務員登錄字號 | |
| 經手人員編 | 公司別 | 單位名稱/代號： | | |

旺旺友聯產物新旅行綜合保險(海外型)投保名冊

頁數: /

| 序 號 | 被 保 險 人 | | | | | | | 受 益 人 | | | | | 保 險 金 額 | | | | 每人 保險費 (元) | 被保險人 簽名 【本人已審閱 要保書聲明 及注意事項】 |
|--------|---------|---|-----------|--------------------|-----|------------------|--------------------------------|-------|--------------------|-----|--------------|-------------|--|--|--|--------------------------|------------------|---|
| | 姓 名 | 性 別 | 出生 年月日 | 身分證統一編號 或 護照 號碼 | 國 籍 | 聯絡方式 住所 電話 | 與要保人 之關係 | 姓 名 | 身分證統一編號 或 護照 號碼 | 國 籍 | 聯絡地址 聯絡電話 | 與被保險 人關係 | 意外身故或 失能保險金 (單位:萬元) (限滿 15 足歲以上 者投保適用) | 意外喪葬費用 保險金 (單位:萬元) (限未滿 15 足歲者 投保適用) | 意外失能 保險金 (單位:萬元) (限未滿 15 足歲者 投保適用) | 旅行傷害 醫療保險金 (單位:萬元) | | |
| | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | <input type="checkbox"/> 法定繼承人 | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | <input type="checkbox"/> 法定繼承人 | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | <input type="checkbox"/> 法定繼承人 | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | <input type="checkbox"/> 法定繼承人 | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | <input type="checkbox"/> 法定繼承人 | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | <input type="checkbox"/> 法定繼承人 | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | <input type="checkbox"/> 法定繼承人 | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | <input type="checkbox"/> 法定繼承人 | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | <input type="checkbox"/> 法定繼承人 | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | <input type="checkbox"/> 法定繼承人 | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | <input type="checkbox"/> 法定繼承人 | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | <input type="checkbox"/> 法定繼承人 | | | | | | | | | | | |

※要保人如有提供投保人員之電子檔或其他書面資料，無須填寫上開之投保名冊，但被保險人仍須以書面同意訂定本契約，以符合保險法第 105 條規定。
 ※配合保險法 107 條規範，對於未滿 15 足歲者之喪葬費用保險金最高限額 69 萬元（產、壽險公司合併計算）。